



DATE: \_\_\_\_\_

# Texas Tech Physicians

of the PERMIAN BASIN

D#: \_\_\_\_\_

APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:		NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	
FECHA DE NACIMIENTO	HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>		RAZA:		ESTADO MARITAL:
DIRECCION:		ASIATICOS <input type="checkbox"/>		CASADO/A <input type="checkbox"/>	
CIUDAD		ESTADO	NEGRO <input type="checkbox"/>		SOLTERO/A <input type="checkbox"/>
		CODIGO POSTAL	HISPANO <input type="checkbox"/>		DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/>
NUMERO DE TELEFONO:		AMERICANO <input type="checkbox"/>		VIVDO/A <input type="checkbox"/>	
		OTRO <input type="checkbox"/>		SEPARADO/A <input type="checkbox"/>	
NUMERO DE MENSAJE:		CONTACTO DE EMERGENCIA:			
EMPLEADOR: NOMBRE		NOMBRE			
DIRECCION:		NUMERO			
NUMERO:		RELACION CON PACIENTE			
PERSONA RESPONSIBLE NOMBRE		EPOSO/A NOMBRE			
DIRECCION:		DIRECCION			
NUMERO:		NUMERO			

SEGURANZA:     MEDICARE     MEDICAID     BLUE CROSS     WORKER'S COMP     OTHER

COMPANIA DE SEGURANZA		NOMBRE DEL EMPLEADOR	
DIRECCION		RELACION AL EMPLEADO	
CIUDAD	ESTADO	NOMBRE DEL EMPLEADO	
CODIGO POSTAL	NUMERO	FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADOR	SEXO
# DEL CERTIFICADO	# DEL GRUPO	DEDUCIBLE	PAGO MINIMO
		DOCTOR PRINCIPAL	



DATE: \_\_\_\_\_

# Texas Tech Physicians

D#: \_\_\_\_\_

of the PERMIAN BASIN

LAST NAME:		FIRST NAME:		SOCIAL SECURITY NUMBER	
DATE OF BIRTH:		MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/>		RACE:	
STREET ADDRESS:		ASIAN <input type="checkbox"/>		MARRIED <input type="checkbox"/>	
		BLACK <input type="checkbox"/>		SINGLE <input type="checkbox"/>	
CITY		STATE		ZIP	
HISPANIC <input type="checkbox"/>		DIVORCED <input type="checkbox"/>		WIDOWED <input type="checkbox"/>	
HOME PHONE:		MESSAGE PHONE:		OTHER <input type="checkbox"/>	
SEPARATED <input type="checkbox"/>		EMPLOYER:			
NAME		NAME			
ADDRESS		ADDRESS			
PHONE		PHONE			
GUARANTOR		EMERGENCY CONTACT:			
NAME		NAME			
ADDRESS		ADDRESS			
PHONE		PHONE			

INSURANCE:  MEDICARE  MEDICAID  BLUE CROSS  WORKER'S COMP  OTHER

NAME	
STREET ADDRESS	
CITY	STATE
ZIP	PHONE
CERTIFICATE #	GROUP#
SUBSCRIBER SOCIAL SEC NO.	

SUBSCRIBER'S EMPLOYER	
RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER	
SUBSCRIBER'S NAME	
SUBSCRIBER'S DATE OF BIRTH	SEX
DEDUCTIBLE	COPAY
PRIMARY CARE PROVIDER	